

SOFOR ソーファー F A X 注文用紙

プリントアウト（印刷）してお使い下さい

TEL/FAX 03-6314-3736 E-mail mail@sofar.jp

送料を含めた合計金額をご連絡いたします。必ずご連絡先メールアドレスまたはTEL・FAXをご連絡ください。
ご連絡がない場合、ご注文は保留とさせていただきます。ご了承ください。海外の場合はメールでお送りください。

ご注文内容				
ご注文お申し込み日		年	月	日
商品名			サイズ	数量
				円
				円
				円
ご希望お届け日時	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12～14 <input type="checkbox"/> 14～16 <input type="checkbox"/> 16～18 <input type="checkbox"/> 18～21 <input type="checkbox"/> 20～21			
ラッピング	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> お任せ			
メッセージカード選択	カード名をご記載ください（ ） <input type="checkbox"/> お任せ <input type="checkbox"/> いない			
メッセージ文	<input type="checkbox"/> いない			
ご注文者				
お名前				
フリガナ				
ご住所	〒			
TEL/FAX				
メールアドレス				
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> 代金引換（ヤマトコレクトサービス）			

※ご注文者にお届けする場合はお届け先のご記入は不要

お届け先	
お名前	
フリガナ	
ご住所	〒
TEL/FAX メールアドレス	
その他ご要望などございましたらご記載ください（海外発送の場合はご住所のフリガナもご記入ください。）	